

診療情報提供書（通所用）

年 月 日

グリーンビレッジ朝霞台宛

病院名

住所

電話番号

()

担当医

科

印

(フリガナ) 氏名		男・女	大正 昭和 年 月 日生 歳					
住所		TEL ()						
紹介目的 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション								
疾病名 (発症日 年 月 日)								
経過概要								
既往歴								
処方内容								
検査日 年 月 日 ※検査結果は6ヶ月以内のものをご記入ください。								
WBC	/μℓ	TP	g/dℓ	BUN	mg/dℓ	血糖	mg/dℓ	*その他、病状により検査データがございましたら添付をお願い致します。
RBC	×10 ⁴ /μℓ	ALB	g/dℓ	CRE	mg/dℓ	HbA1c	%	
Hb	g/dℓ	GOT	IU/ℓ	HBsAg	+・-	※糖尿病の方は血糖		
Ht	%	GPT	IU/ℓ	HBsAb	+・-	値・HbA1c 値をご記入		
血小板	×10 ⁴ /μℓ	UA	mg/dℓ	HCVAb	+・-	下さい。		
医療情報 (該当するものを○で囲んでください) 胃ろう・酸素・人工肛門・人工透析・膀胱カテーテル その他感染症 ()・褥瘡 (部位)								
胸部X線所見 () EKG所見 () ※以前撮ったものがあればご記入お願い致します。								
認知症 無・有 (具体的症状)								
高齢者の生活自立度 正常・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2								
認知高齢者の生活自立度 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M								